Lane Medical Library

# Ein Beitrag zur Schwangerschaft in einem verkümmerten Nebenhorne der Gebärmutter.

---

## Inaugural-Dissertation

welche mit Genehmigung

der medicinischen Facultät hiesiger Universität

**behufs Erlangung der Doctorwürde**

Freitag, den 18. April 1873, Mittags 12 Uhr,

in der Aula Leopoldina

gegen die Herren

**Dr. Haehndel,** Assistenz-Arzt an der medicinischen Poliklinik,
**Dr. von Fragstein,** Assistenten am pathologischen Institut,

öffentlich vertheidigen wird

der Verfasser

**J. Kolaczek.**

---

BRESLAU.
Druck von Heinrich Lindner
Albrechts-Strasse Nr. 29.

# Inaugural-Dissertation

Seinem verehrten Lehrer

# Herrn Professor Dr. Fischer

Director der chirurgisch-augenärztlichen Klinik

an der Universität zu Breslau

als Zeichen grösster Hochschätzung

gewidmet

vom Verfasser.

nach der Kussmaul'schen Arbeit aus der deutschen, französischen und englischen Literatur noch sieben Fälle zusammenstellen konnte. (Virchow, Luschka, Rosenburger, Day, Turner mit zwei Fällen, Stolz, Strassburg.)

Nehmen wir noch den nach 1867 von Boart de la Faille als Schwangerschaft in einem rudimentären Nebenhorn gedeuteten Mauriceau'schen Fall einer graviditas tubo-uterina hinzu, so ist die einschlägige Literatur abgeschlossen. Je dürftiger dieselbe bis jetzt erscheint, um so willkommener muss mir die Gelegenheit sein, sie in dieser Arbeit um einen neuen Fall zu bereichern.

Im Mai vorigen Jahres machte ich auf freundliche Veranlassung des hiesigen pract. Arztes Herrn Dr. Jaensch die Obduction einer an innerer abdomineller Blutung verstorbenen schwangeren Frau, bei welcher er im Leben Berstung des Fruchthälters und zwar wahrscheinlich des Eileiters diagnostizirt hatte.

M. Lössin, Schaffnerfrau, 27 Jahr alt, wurde vor drei Jahren durch die Zange von einem lebenden Knaben entbunden. Seitdem empfand sie ab und zu auch in der menstruationsfreien Zeit leichte Schmerzen in der linken Unterbauchgegend, welche in ihrer neuen, seit Januar datirenden Schwangerschaft in derselben Weise sich wiederholten. Plötzlich in der Nacht vom 13. zum 14. Mai erkrankte sie unter den heftigsten Schmerzen im Unterleib, mit Schüttelfrost, hohem Angstgefühl und Ohnmacht. Der herbeigerufene Arzt fand sie kaum bei Bewusstsein, mit kühlen Extremitäten, starkem Meteorismus, kaum fühlbarem Pulse, Ohrensausen, Athemnoth und starken Unterleibsschmerzen. Die manuelle Untersuchung bestimmte ihn zur Diagnose einer extrauterinen Schwangerschaft mit consecutiver Ruptur des Fruchtsacks und innerer Blutung. Am 16. Mai entfernte er aus der Scheide blutige Hautstücke, die ich untersuchte und als Deciduafetzen erkannte. Darauf erlaubte die Gebärmutter

eine Digitalexploration und erwies sich als leer. Unter immer häufigerem Erbrechen, steigendem Meteorismus collabirte sie zusehends und starb am 17. Mai.

Obduction 16 St. p. m. Nur die Eröffnung des Unterleibes ist gestattet. Eine wohlgebaute, lange, etwas magere Leiche in Starre. Hautdecken besonders im Gesicht zeigen ein wachsgelbes Colorit; hochgradiger Meteorismus. Durch den untern Schnittwinkel entleert sich eine unbedeutende Menge Blutserums (circa 200 gr.). Das gespannte Netz bedeckt das Darmconvulut vollständig und ist mit seinem unteren Rande, besonders aber mit dessen rechter Hälfte zwischen derben Blutgerinnseln festgehalten. Das Peritoneum zeigt keinerlei Injection, ist überall blass und glänzend. Nach Verdrängung der Därme lässt sich aus der Bauchhöhle noch etwa 1 Liter flüssigen Blutes ausschöpfen.

Aus dem kleinen Becken ragen über das Niveau seines Eingangs hinauf feste, klumpige Cruormassen, und zwischen ihnen etwas rechts vom Promontorium sieht eine gewölbte, mässig gespannte, durchsichtige Membran hervor, welche die Füsse eines mit dem Kopfe nach unten und mit dem Rücken nach vorn und rechts gerichteten Fötus erkennen lässt. Die leichter entfernbaren Blutgerinnsel werden hervorgeholt, worauf sich eine resistentere, einem mächtigen Blutklumpen ähnliche, nach unten festgeheftete Masse im Kleinbeckenraume zeigt. Die nähere Untersuchung ergiebt, dass sie die Form einer rundlichen, dicken Scheibe hat und fast auf der Kante etwa im zweiten schrägen Durchmesser des Beckens steht. Von ihrer nach rechts und hinten blickenden Fläche geht eine den Fötus enthaltende Blase aus, welche ganz unversehrt ist. Unter ihr auf dem Beckenboden liegt ein walzenförmiger, im Bogen nach rechts gelagerter Körper, der den Eindruck eines inflectirten Uterus macht. Durch Umgreifen jener

Masse lässt sich ein organischer Zusammenhang derselben mit diesem Körper constatiren. — Zur genaueren Prüfung werden die Kleinbeckenorgane in toto herausgenommen.

Abgesehen von Harnblase und Mastdarm besteht das so gewonnene Präparat aus der Schneide mit dem nach rechts inflectirten cylindrischen Uterus, von dessen Spitze die rechtsseitigen Anhänge entspringen. Vom unteren Abschnitte des Uterus an seinem linken convexen Rande geht ein breites, dünnes Band ab, das nach einem Verlaufe von circa 8 Cm. mit seinem oberen freien Rande in einen eiförmigen, fast hühnereigrossen Körper ausläuft. Derselbe trägt die normalen Adnexa eines Uterus, eine ihm aufsitzende Placenta mit Eiblase und Fötus.

Zur Feststellung einer sichern Diagnose ist jedoch eine genaue Untersuchung der Einzeltheile dieses Präparats erforderlich.

Der Uterus erscheint im Ganzen drehrund und behält seine inflectirte Lage mit nach rechts sehender Spitze. Länge und Umfang desselben betragen beide je 12 Cm.; der Cervicalcanal ist am linken Rande 4 Cm., am rechten nahezu 3 Cm. lang; die hintere Muttermundslippe misst 1 Cm. Die Uteruswand ist an dem convexen Rande dünner, als am concaven und verjüngt sich deutlich an der Spitze, woselbst sie im Umfange der Tubenmündung am dünnsten ist. (Wandungsdicke in der Mitte des convexen Randes: 7—8 Mm., des concaven Randes: 11 Mm., an dessen Flexionsstelle: 4 Mm., dagegen misst in gleicher Höhe entsprechend dem innern Muttermunde die hintere Wand: 7 Mm.) Von der Spitze entspringt die rechte Tube von ganz normaler Beschaffenheit und 12 Cm. Länge. In normalem Abstande von ihr beginnen und verlaufen auch das Lig. ovarii und Lig. uteri rotundum. Von der Insertionsstelle der r. Tube an bleibt der nach oben

und links sehende convexe Uterusrand 8 Cm. weit frei und glatt, worauf erst das vorher erwähnte häutige breite Band sich ansetzt, so dass sein oberer freier Rand circa 2 Cm. über dem innern Muttermunde liegt. Die serosa uteri trägt fast überall zarte, flottirende Pseudomembranen. Der Grund des cavum Douglasii erscheint von hinten nach vorn verschmälert und von zahlreichen pseudoligamentösen, schmalen Brücken überspannt. Die rechtsseitige plica Douglasii ist normal ausgeprägt, die linke dagegen bis zum Verschwinden abgeflacht. Der Halstheil des Uterus ist mit zähem, glasigem Schleime ausgefüllt; die palmae plicatae daselbst sind deutlich entwickelt; auch Nabothsche Cysten fehlen nicht. Von der Innenfläche des Gebärmutterkörpers ragen hie und da noch einzelne Deciduafetzen in die Höhle hinein; im Uebrigen ist sie von einer feinzottigen, sammetartigen Beschaffenheit wie in der Regel nach Abstossung der Decidua.

In der Spitze der Uterushöhle erkennt man leicht eine Tubenmündung, von der aus die Durchgängigkeit der rechten Tube constatirt wird. Von einer correspondirenden uterinen Mündung der linken Tube kann keine Spur entdeckt werden.

Wie schon erwähnt, hängt mit diesem Uterushorne durch ein breites Verbindungsstück ein eiförmiger die Placenta tragender Körper zusammen. Derselbe ist bei grösster Länge von 6,5 Cm., grösste Breite von 5 Cm. und grösstem Umfange [in der Ebene der kleinen Axe] von circa 13 Cm. bis auf etwa 3 Cm. grösster Dicke abgeplattet und bietet so zwei Flächen dar, von denen die eine zum grössten Theil und nahezu in Kreisform mit 5 Cm. im Durchmesser der Placenta als Haftstelle dient. Er erscheint in die Masse der viel grösseren Placenta wie eingedrückt, so dass in seinem Umfange zwischen beiden eine bis 1,5 Cm. tiefe Furche verläuft, die an einigen Stellen durch schräg

gerichtete derbe Falten der Substanz selbst ausgefüllt wird und nur an der Spitze des Körpers fehlt. Die Placenta sitzt ihm demnach mit überhängenden Rändern wie ein Pilzhut auf. Das jene schon mehrfach erwähnte Hautbrücke zwischen rechtsseitigem Uterus und diesem Körper wesentlich bildende Doppelblatt der Serosa geht auf letzteren über und setzt sich im Grunde der Furche auf die Placenta fort, um hier an ihrem wulstigen Rande mehr weniger hoch mit einem scharfen, gezackten Saume aufzuhören.

Die linksseitigen Anhänge, rundes Mutterband, Tube und Eierstock sind normal vorhanden. Denkt man sich die Lage, welche unser in Rede stehende Körper mit der Placenta im kleinen Becken der Leiche eingenommen hat, also seine freie Fläche nach links unten gerichtet, so entspringt das hypertrophirte Lig. rot. etwa von der Mitte seines hinteren Randes unmittelbar an der Furche. Die Tube circa 12 Cm. lang, durchgängig und von normaler Beschaffenheit geht nicht in den Körper, sondern an der äussern Wand der Furche anscheinend in die Placenta über, in gleicher Höhe mit der Insertionsstelle des runden Mutterbandes. Der Tubencanal endigt in einem cavernösen Gewebe, wo seine weitere Verfolgung unmöglich wird. Das Lig. ovarii, etwas verkürzt, senkt sich etwa 4 Cm. von der Ursprungsstelle der Tube entfernt in das Stielende unseres Körpers, aber auf der entgegengesetzten Fläche desselben ein. Der linke Eierstock, 5 Cm. lang, gleicht vollkommen dem rechtsseitigen. In seiner Spitze findet sich ein circa 1,5 Cm. im Durchmesser auf dem Flächenschnitt messendes Corp. luteum, während im andern Eierstocke nur narbige Reste falscher gelber Körper zu finden sind. Auch die Ala vespert. ist linkerseits wohl ausgebildet.

Ein solcher Befund legt den Gedanken nahe, dass der

fragliche Körper ein missgebildetes Uterushorn sei. Eine Höhle lässt sich in ihm nicht entdecken. Sein Gewebe zeigt sich in der ca. 4—6 Mm. dicken peripheren Schicht weisslich, derb, nur von spärlichen kleinen Gefässlumina durchsetzt. Aber je tiefer man in der Richtung gegen die Placenta vordringt, desto röthlicher, weicher, saftiger und sinuöser wird seine Substanz, desto deutlicher nimmt das Organ einen cavernösen Bau an, bis seine innerste Schicht gleich dem angrenzenden Placentargewebe alle Bluträume mit Gerinnseln ausgefüllt zeigt. Nur mikroscopisch lässt sich die scharfe Grenze zwischen unserem Körper und Placenta feststellen. Zugleich constatirt man seine histologische Zusammensetzung aus glatten Muskelfasern. Dasselbe Gewebe mit dem Charakter der oben genannten peripheren Schicht des eiförmigen Körpers setzt sich im Grunde der ihn umziehenden Rinne in einer sich schnell verdünnenden Lage auf den überhängenden Rand fort, um hier in der schon bekannten Weise plötzlich aufzuhören. Sonach ist es ersichtlich, dass die linke Tube nicht wie oben schien in das Placentargewebe, sondern in den peripherischen ausgezogenen Theil unseres noch nicht gedeuteten Organs übergeht.

Um einen etwaigen Zusammenhang unseres Körpers mit dem rechtsseitigen Uterus zu entdecken, wird die sie verbindende Hautbrücke genauer geprüft. Zunächst in ihrem oberen freien Rande verläuft eine ansehnliche Vene etwa vom Caliber der V. basil., entsendet viele Aeste zwischen die beiden Blätter des Bandes und verzweigt sich endlich dendritisch in den seitlichen Organen. Ein gleich grosses venöses Gefäss findet sich noch tiefer im Bande, und zwischen beiden verläuft geschlängelt eine Arterie von mehr als 1 Mm. Weite im Lichten. Etwa 1 Cm. unter dem freien Rande fällt schon dem äusserlich das intacte Ligament befühlenden Finger

ein rundlicher, resistenter, jenem Rande entlang verlaufender Strang auf. Blossgelegt und aus dem ihn umgebenden Gewebe in seiner ganzen Länge von ca. 5 Cm. isolirt, beginnt er ca. 2 Cm. vom rechtsseitigen Uterus entfernt in der Höhe von ca. 1 Cm. über dessen innerem Muttermunde mit einer abgestumpften Spitze und zieht anfangs 2 Millim. dick, sich allmälig abplattend gegen den eiförmigen Körper, um 6 Mm. breit in demselben zu verschwinden. Er ist von weisser, von der Umgebung sich deutlich abhebender Farbe und erscheint auf dem Querschnitte, selbst bei Betrachtung desselben mit der Loupe, solid. Aber ein streichender Druck entleert an dem etwa 1 Cm. von dem freien Strangende angelegten Querschnitt einen milchigen Saft, der unter dem Mikroskop fast nur aus kleinen Cylinderzellen bestehend sich erweist, von denen viele noch sehr deutliche Cilien tragen. Auch an einem nahe seinem Eintritt in jenen Körper gelegten Querschnitte lässt sich ein Lumen nicht entdecken. Desshalb wird von dieser Stelle des Stranges ein feiner Querschnitt zur mikroskopischen Musterung seiner Structur gemacht.

Derselbe besteht aus einem ovalen Kern und einem peripherischen Ringe mit scharfer Sonderung beider. Jener zeigt nämlich nur Querschnitte von Längsfasern, durchsetzt von zahlreichen, meist zu zwei neben einander liegenden Gefässlumina, von denen das eine einer Arterie, das andere einer Vene, angehört. Ein mit Cylinderepithel ausgekleidetes Lumen macht sich aber nicht bemerkbar. So unzweifelhaft ein solches bestanden haben muss, so leicht ersichtlich ist es, dass sein Epithel den Eingriffen bei Anfertigung des mikroskopischen Präparates nicht gut hat Stand halten können, zumal wenn man noch den vorher angewandten streichenden Druck des Stranges veranschlagt. Sein Randtheil dagegen besteht aus circulär verlaufenden Fasern, die

nur hie und da von Querschnitten längstziehender Bündel und von wenig Gefässen unterbrochen werden. Zerzupfungspräparaten zufolge besteht dieser Strang aus glatten Muskelfasern. Solche finden sich in lockern, schmalen Zügen überhaupt durch die ganze Hautbrücke verstreut, umgeben aber speciell den Kanalstrang in dichterer Lage, so dass sie an dessen Eintrittsstelle in den eiförmigen Körper eine circa 2 Mm. dicke Schaale um ihn herum bilden. Aber sie setzen sich auch noch über das Ende des Stranges hinaus gegen den rechtsseitigen Uterus fort und gleichen lockerem, an Gefässen reichem Bindegewebe.

Die bisherige Untersuchung ergiebt evident, dass der eiförmige Körper als solcher mit dem rechten Uterus in keinem Zusammenhange steht, und dass sein strangförmiger Stiel einen Kanal enthält, der eine Flimmerepithelauskleidung trägt. Daraus folgt, dass wir berechtigt sind, den eiförmigen Körper als ein rudimentäres Uterushorn aufzufassen, das bei der fötalen Bildung der innern Genitalien (Ende des zweiten Monats) gewissermassen den Anschluss an das rechtsseitige Horn nicht erreicht hat. Der Umstand, dass in unserem Falle der Stiel als hohl sich nachweisen lässt, verdient besondere Beachtung, da er in den Beschreibungen ähnlicher Präparate gewöhnlich als solide betont wird. Ist aber der Stiel hohl, so liegt auch nahe anzunehmen, dass es füglich der Körper nicht weniger war.

Doch wollen wir in der Beschreibung der Einzeltheile des Präparates weiter gehen und zwar zur Placenta. Die Art ihres Zusammenhanges mit dem Nebenhorn ist bereits aus dem Vorigen bekannt. Sie bildet einen rundlichen, ungleichmässig dicken Kuchen, dessen Umfang 36 Cm., Dicke 2—6 Cm. und grösster Durchmesser 13 Cm. beträgt. Der wulstige, überhängende peripherische Theil derselben ist im

Bereiche des hinteren Randes des Nebenhornkörpers, wo sich die Tube inserirt, am dicksten, wird im weiteren Verlaufe allmählig schmächtiger, bis er an der Spitze des Körpers sich fast ganz abflacht. Hier an dem Berührungspunkte des dicken und dünnen Endes des Placentarandes beginnt ein Spalt, der nahezu ihre ganze Dicke durchsetzend mitten zum gegenüberliegenden Rande verläuft, ohne ihn jedoch zu erreichen; dadurch zerlegt er die Placenta unter Bildung seitlicher seichter Einfaltungen in zwei Hälften. In annähernder Weise macht so der Mutterkuchen den plastischen Eindruck eines kranzförmig in sich gelegten, kurzen, sich schnell verjüngenden Zopfes.

Die Consistenz der Placenta ist derb, bedingt durch das ihre ganze Masse durchsetzende geronnene Blut; ihr Gewicht einschliesslich des in sie eingebetteten Nebenhorns beträgt 350 Gr. Wie schon erwähnt endigt der auf sie übergehende Peritonealüberzug an ihrem Rande in verschiedener Höhe mit einem scharfen, gezackten Contour und zwar entsprechend der Endigungslinie des noch jenseits der Furche den Boden der Placenta bildenden ausgezogenen Randtheils der Nebenhornsubstanz. Weiter aufwärts hat der Rand in Folge aufgelagerter, leicht abziehbarer, röthlich gefärbter Faserstoffplatten ein unebenes Aussehen. Unter den letzteren liegt das Placentargewebe. Noch höher beginnt der Rand zum Chorion sich auszuziehen, das ziemlich weit hinauf den Charakter eines cavernösen Geflechtes beibehält, also eigentlich noch membranartig ausgezogene Placenta ist. So ist auch Folgendes gut erklärlich. An dem Orte nämlich, wo, wie vorhin erwähnt, der dickste Theil des Placentarandes beginnt, hat das Chorion eine auffallende Beschaffenheit. Es zeigt sich hier circumscript zu einem 5 Cm. im Durchmesser haltenden und $2_{,5}$ Cm. dicken Kugelsegment umgewandelt

und zwar durch Ausfüllung seiner Gewebsräume mit geronnenem Blut, ganz wie es in der eigentlichen Placenta der Fall ist. Auf der Höhe der Aussenfläche dieses Chorionabschnittes findet sich ein runder, kraterförmiger Defect von circa $2_{,5}$ Cm. Breite mit zerrissenem, buchtigem Grunde. Aller Wahrscheinlichkeit nach ist dies die Stelle, wo das bei der placentaren Apoplexie extravasirte Blut den Weg in die Bauchhöhle sich gebahnt hat. — Das Chorion ist von dem centralen Theile der Placenta in drei Viertheilen seines Umfanges durch eine Rinne getrennt, welche entsprechend dem sich verjüngenden Randwulste immermehr an Tiefe verliert. Mit dem Amnion ist dasselbe sehr innig verschmolzen; seine Aussenfläche zeigt hie und da feine, häutige Anhängsel. — Das Amnion ist in normaler Ausbreitung vorhanden und senkt sich auf der fötalen Fläche der Placenta auch in alle ihre Spalten hinein. Beide Häute zusammen bilden die Eiblase, welche an unserem Präparate von keinem Fruchtsacke mehr umschlossen ist.

Die 22 Cm. lange, sulzlose Nabelschnur inserirt sich marginal circa 1 Cm. von der zuletzt besprochenen Furche der Placentarfläche entfernt. — Der Fötus, weiblichen Geschlechts, misst circa 22 Cm. in der Länge und wiegt 160 Gr. Die Länge des Kopfes beträgt nahezu den vierten Theil der des ganzen Körpers. Kopfknochen mit Näthen und Fontanellen sind deutlich, sowie die Gesichtstheile. Die Augen sind noch schwer zu öffnen. Demnach hat der Fötus eine Entwicklung erreicht, die etwa der 16.—18. Woche der Schwangerschaft entspricht.

Wenn wir auch jetzt nach der vollständigen Beschreibung des Präparates die Ueberzeugung gewonnen haben, dass uns eine Schwangerschaft in einem rudimentären Nebenhorn des Uterus vorliegt, so vermissen wir doch noch ein Desiderat, nämlich einen Fruchtsack.

An eine freie Bauchschwangerschaft kann nach dem ganzen Eindrucke des Präparates, speciell der Eiblase auch nicht von Weitem gedacht werden. Es muss also ein Eihälter bestanden haben. Die peripherische circuläre Endigung der Nebenhornsubstanz haben wir genau gekennzeichnet und hervorgehoben, dass sie als eine scharfe, zackige Linie sich markirt, ganz wie sie wohl durch eine Zerreissung des Gewebes bewirkt werden könnte. Bei dem Vorhandensein eines solchen Contour des Nebenhorns wird ferner die Annahme unmöglich, dass der Fruchtsack in der Ausdehnung der Eiblase unter dem Wachsthumsdrucke seines Inhaltes allmälig bis auf eine verdünnte und mit den Eihäuten verschmolzene Serosa atrophirt sein könne. Zweifellos ist also eine Ruptur des Fruchthälters eingetreten und demzufolge Placenta mit der Eiblase freigeworden. Nur die Zeit dieser Katastrophe dürfte sich nicht genau feststellen lassen. Unter dem Expansionsdrucke der sich entwickelnden Placenta und Eiblase ist die Uterussubstanz an der Stelle des geringsten Widerstandes von aussen immermehr geschwunden, schliesslich bis auf die Serosa. Thatsächlich besteht auch der äusserste Saum der Nebenhornausbreitung nur aus fibrösem Gewebe. Bei noch weiter gehender Dehnung vielleicht unter dem Einflusse einer Fluxion kann endlich die Serosa schon einige Zeit vor dem Tode der Schwangern geplatzt sein, ohne dass eine erhebliche Blutung aus der atrophischen Membran eintrat und merkliche Symptome machte.

Ein etwaiges anamnestisches Moment können wir dafür nicht geltend machen. Wohl aber spricht für jene Annahme das gegenwärtige Missverhältniss in der Grösse zwischen Nebenhorn und Placenta mit der Eiblase, das durch ein weiteres Auswachsen der letzteren nach der Ruptur bedingt wäre. Nach derselben nämlich stülpte sich der Inhalt des Frucht-

hälters plötzlich aus, während das contractile Gewebe der einer Spannung nicht mehr ausgesetzten Uteruswand bestrebt war, nach Möglichkeit gegen den Mittelpunkt des die Placenta tragenden Bodens in radiärer Richtung sich zusammenzuziehen. Darauf wuchs die Placenta fort; ihre fixirten Ränder konnten sich nur noch mehr umlegen, während ihre freie Fläche an Convexität zunehmen musste. So resultirte endlich eine typische Pilzhutform derselben. Immerhin muss aber hervorgehoben werden, dass das ihre ganze Masse durchsetzende Blut bei der Apoplexie ihr Volumen um ein Beträchtliches vermehrt und so zur Bildung ihrer characteristischen Form wesentlich beigetragen hat; vor Allem mag dadurch die Furche zwischen dem centralen und peripherischen Theil des Nebenhorns hervorgebracht sein. — Andrerseits aber könnte man in der hämorrhagischen Füllung des Placentargewebes die ausschliessliche Ursache des vorhin erwähnten Grössenmissverhältnisses erblicken und sonach die Ruptur des Fruchtsackes als unmittelbare Folge der placentaren Apoplexie auffassen. Dagegen könnten wieder die zarten, häutigen Anhängsel an der Serosa des rechten Uterushorns und des Douglas'schen Raumes, sowie an den Eihäuten zur Unterstützung der ersten Annahme in die Wagschale gelegt werden, und zwar mit der Bedeutung von Resten vorher bestandener Adhäsionen der Eiblase, die durch das Extravasat in die Bauchhöhle zerrissen worden wären.

Bei einer Vergleichung der dem unsrigen vorgängig beschriebenen Fälle von Schwangerschaft in einem verkümmerten Nebenhorn überzeugt man sich, dass unser Präparat ein sehr nahe kommendes Analogon zu einigen derselben bildet, vor allen zu dem achten von Heyfelder 1835 beobachteten. Von den meisten der übrigen unterscheidet sich unser Fall wesentlich dadurch, dass bei jenen das die beiden Uterushörner verbindende Muskelstück solide erschien. Jedoch hatte man sich hierbei mit der mikroskopischen Betrachtung des Querschnitts begnügt, was jedenfalls nicht hinreicht. Denn hätte ich in unserm Falle mit der blossen Loupenbetrachtung dieses Querschnitts mich begnügt und nicht noch einen gegen denselben gerichteten streichenden Druck auf den Strang ausgeübt, welcher das Flimmerepithel zu Tage förderte, so wäre letzterer auch von mir als solid angesprochen, und ich vielleicht nicht veranlasst worden, eine mikroskopische Untersuchung folgen zu lassen.

Aber noch eine Beobachtung nimmt unser Interesse besonders in Anspruch, nämlich Virchows „polypöse interstitielle Schwangerschaft“ (gesammelte Abhandlungen S. 810, 1856), weil sie einmal der unsrigen vornehmlich bezüglich der pilzhutförmigen Gestalt der Placenta ähnlich ist, sodann weil sie eine von unserer abweichende Auslegung erfahren hat, welche möglichenfalls auch für unsern Fall zutreffender wäre. Könnte

demnach unser Präparat den Effect einer interstitiellen Schwangerschaft darstellen? Gegen eine solche Annahme kann zuerst geltend gemacht werden, dass die polypöse Ausstülpung der Placenta aus der Uteruswand unter Bildung eines relativ langen Stieles nicht leicht erklärlich erscheint. Denn gewöhnlich sieht man interstitielle, selbst subperitoneale Myofibrome nicht polypös vom Uterus sich lostrennen, sondern denselben im Ganzen bei ihrem Auswachsen mit sich emporziehen, besonders seinen Halstheil elongiren. Und sollte der in einem gewissen Grade bewegliche Uterus dem Wachsthumszuge einer in seiner Wand sitzenden Placenta nicht eher ganz folgen, zumal da er ja jenem Zuge durch seine Theilnahme an der Schwangerschaftshyperplasie einigermassen entgegenkommt, als einen Theil seiner Wand wie im Virchow'schen Falle in einem 2" langen und $^1/_2$—1" dicken Strang ausziehen zu lassen? Deviationen des Uterus durch Neoplasmen sind ja sonst so häufig. Dieser Umstand spricht übrigens für die Deutung Virchow's nicht gerade günstig. Merkwürdigerweise ist an seinem Präparate entsprechend dem Ansatz jenes Stranges auch nicht die geringste winklige Einziehung der Innenfläche des Uterus zu constatiren. Ausserdem ist wohl dort ein Theil der Tube zum Fruchtsack verwendet, da dieselbe nach seiner Darstellung nur in einer Länge von $3^1/_2$''' am äussern Umfange der Eihäute sich inserirt und das Vorhandensein von Fimbrienresten an ihrem abdominalen Ende darauf hinweist, dass demselben bei der Exenteration des Präparats nur ein ganz kleiner Defect beigebracht sein konnte. So wird der rein interstitielle Character der Schwangerschaft seines Falles auch von dieser Seite etwas zweifelhaft. Ueberhaupt könnte die Frage aufgeworfen werden, ob der Virchow'sche Fall nicht ungezwungener als uterine oder tubo-uterine Schwanger-

schaft in einem verkümmerten Nebenhorn gedeutet werden kann. Wenigstens finden sich unter Kussmauls zwölf Fällen einige, welche dem von Virchow beschriebenen auch hinsichtlich des muskulösen Verbindungsstranges mehr weniger nahe kommen. Es würde dann letzterer, wie er in diesem letztgenannten Falle geschildert ist, nur einen höhern Grad einer partiell zu Stande gekommenen Verschmelzung beider Hörner einer Gebärmutter darstellen.

Doch kehren wir zu unserm Falle zurück, und untersuchen wir, ob er als interstitielle Schwangerschaft aufgefasst werden darf. Nach Boart de la Faille sollte der Unterschied zwischen dieser und einer Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn darin bestehen, dass das Verbindungsstück der Placenta mit dem Uterus im ersten Falle ein schmales, häutiges, von der ausgezogenen Tube durchbohrtes Gebilde sei, während andernfalls ein längeres Muskelband vorhanden wäre. Doch Poppel sieht darin mit Recht nur graduelle Unterschiede und statuirt als einzig unterscheidendes Merkmal im ersten Falle den Mangel einer Decidua reflexa, im andern deren Anwesenheit. Das that er aber aprioristisch; denn oft fehlt das Ausschlag gebende Ding. Wie soll z. B. in unserem Falle, wo der Fruchtsack in seiner vorliegenden Gestalt ganz zum Implantationsboden der Placenta verwendet ist, weder Decidua vera noch reflexa mehr nachgewiesen werden kann, nach seiner Bestimmung verfahren werden?

Wenn ich also in unserm Befunde eine neue Beobachtung von Schwangerschaft in einem verkümmerten Nebenhorne gemacht zu haben glaube, so urtheile ich unter dem Eindrucke, welchen das Präparat im Ganzen, speciell der Placentarstiel auf mich macht. Der Umstand, dass derselbe in seiner lang ausgezogenen Form zweifellos in einer gewissen Entfernung vom rechten Uterushorn aufhört und

zwar nahezu in der Höhe des innern Muttermundes, ausserdem noch offenbar hohl ist, zwingt mich zu der Annahme, dass er einem ruditären Nebenhorne angehört. Unterstützend wirkt dabei die charakteristich hornförmige Gestalt und der fast ganz freie convexe Rand des rechtsseitigen Uterus. Denn es ist nicht gut denkbar, dass, eine polypöse Ausstülpung des Fruchtsacks aus der Wand des Uterus selbst zugegeben, sein muskulöser Stiel trotz Schwangerschaftshyperplasie des ganzen Genitalapparats eine Strecke weit bis zum Verschwinden atrophirt, im Uebrigen aber hohl bleibt, wenn er überhaupt bei einer solchen Entwicklung einer interstitiellen Schwangerschaft hohl werden darf. Wenn auch ferner der Uterus unter dem Drucke des auf ihm lastenden sich entwickelnden Fruchthälters eine hornartige Gestalt gewinnen könnte, so erscheint es aber durchaus unbegreiflich, wie das häutige Verbindungsstück so tief am convexen Rande des Uterus hinabtreten sollte.

Zur Physiologie der Schwangerschaft liefert unser Befund in mehrfacher Beziehung einen werthvollen Beitrag. Er beweist vor Allem von Neuem, dass ein Nebenhorn zum Fruchthälter werden kann, selbst wenn keine Canalverbindung zwischen ihm und dem andern mit der Scheide communicirenden Horne des Uterus besteht. Zur Erklärung dieser Thatsachen müssen wir zu der etwas abenteuerlichen Annahme unsere Zuflucht nehmen, dass der männliche Samen durch die rechte Tube in die Bauchhöhle gewandert sei und hier oder nach seiner Aufnahme durch die linke Tube in dieser das aus dem linken Eierstocke herausgetretene Ei befruchtet habe. An Beobachtungen, welche zu einer transmigratio ovi oder seminis nöthigen, fehlt es in der Literatur nicht, und es handelt sich in jedem speciellen Falle nur darum, wie man diese Ueberwanderung bei jedem neuen

dazu drängenden Befunde der Vorstellung am zugänglichsten macht. Unser Fall ermöglichte durch seine anatomischen Verhältnisse einen solchen Vorgang in unverkennbarer Weise. Es ist nämlich sehr wahrscheinlich, dass das rudimentäre Nebenhorn mit seinen Anhängen bei der Länge des häutigen Verbindungsstückes und der dadurch bedingten Beweglichkeit für gewöhnlich im Douglas'schen Raume seine Lage hatte. Somit war es und im Besonderen die linke Tube dem Abdominalende der rechten viel näher gerückt, und jene konnte daher um so leichter aufnehmen, was diese ausgeschüttet. Das befruchtete Eichen wanderte darauf in die Höhle des Nebenhorns und entwickelte sich an einer zwischen Tube und Eierstocksband gelegenen Stelle, wenn man nach dem Eindruck des Präparates urtheilen darf, wo die Placenta zwischen diesen beiden Theilen hervorragt.

Die Transmigrationstheorie erscheint immer noch wahrscheinlicher, als die Annahme, dass vor der Schwangerschaft ein Kanal die beiden Gebärmutterhörner verband und erst während und in Folge der Schwangerschaft zum Verschluss gekommen sei und zwar durch Druck von Seiten der sich erweiternden Gefässe und durch die deciduaartige Wucherung der Schleimhaut jenes Kanals (Rokitansky). In unserem Falle hätte aber ausserdem noch das dem rechten Uterushorne anliegende Stück des Kanalstranges zu einer so vollständigen Atrophie gekommen sein müssen, dass nicht einmal seine Wand als solider Strang späterhin zu erkennen ist. In der nächsten Nachbarschaft dieses Stranges finden sich nicht irgend erhebliche Gefässe, die auf ihn einen comprimirenden Einfluss hätten üben können.

Unser Befund bestätigt ferner den Erfahrungssatz, dass alle Schwangerschaften in rudimentären Nebenhörnern zum innern Abort führen d. h. zur Berstung des Fruchtsackes

mit Austritt der Frucht in die Bauchhöle und tödtlicher Blutung. Meist erfolgt diese Katastrophe, wie auch in unserem Falle, im vierten Monate der Gravidität. Die Einrissstelle liegt in der Nähe und über dem Einsenkungspunkte des Eileiters, also entsprechend der Hornspitze, d. h. in der Gegend, wo die Wand des ungeschwängerten einhörnigen Uterus am dünnsten ist. Im Umfang der Rissstelle erscheint die Muskelsubstanz in so dünner Schicht, dass anzunehmen ist, sie hielte an der Spitze mit dem fortschreitenden Wachsthum des Eies nicht denselben Gang inne, wie an den übrigen Theilen und würde dadurch zur Zerreissung besonders befähigt.

# Vita.

Verfasser, kathol. Confession, ist geboren am 13. December 1842 zu Gleiwitz, Provinz Schlesien. Mit dem Zeugniss der Reife vom dortigen Gymnasium ausgestattet, bezog er im October 1863 die Universität Breslau, um sich theologischen nnd philologischen Studien zu widmen. Im Jahre 1866 trat er zur medicinischen Fakultät über, legte im Mai 1868 sein tentamen physicum und im Anfang des Jahres 1870 das medicinische Staatsexamen ab. Sein Approbationsdecret als Arzt datirt vom 25. Mai 1870. Im Juli desselben Jahres begann er seiner Militärpflicht als einjähriger freiwilliger Arzt zu genügen, machte als solcher und später als Assistenz-Arzt den französischen Feldzug mit und kehrte erst im November 1871 aus Frankreich nach Breslau zurück. Darauf fungirte er als Assistent am hiesigen Königlichen pathologisch-anatomischen Institute bis zum April 1873. Seitdem hat er eine Assistenzarztstelle an der Königlichen chirugisch-augenärztlichen Poliklinik inne.

Während seiner medicinischen Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und nahm Theil an den praktischen Uebungen der Herrn Professoren und Privatdocenten: *Auerbach, Barkow,*

*H. Cohn, Ebstein, Fischer, Förster, Frankenhain, Grosser, Haeser, Heidenhain, Köbner, Lebert, Loewig, Marbach, Middeldorpf, Spiegelberg, Voltolini, Waldeyer, Wyss.*

Verfasser benutzt diese öffentliche Gelegenheit mit Freuden, allen diesen Herrn seinen Dank hiermit auszusprechen.

# Thesen.

1. Epithelzellen stammen nur von ihresgleichen ab.
2. DiePneumonia interstitialis purulenta ist eine Lymphangoitis septica.
3. Zur Verhütung der Puerperalfieber ist die Prophylaxe von grösster Bedeutung.
4. Es giebt auch eine syphilitische Gonorrhoe.